

妊婦健康診査費用請求明細書

金 _____ 円

ただし、妊婦健康診査受診に要した費用への補助金として

申請者(妊婦)の住所(郵便番号 _____)
奈良県宇陀市
ふりがな
氏名 _____ (印)
電話番号(_____)

県外で受診した妊婦健康診査に要した費用について、補助を受けたいので申請します。

【医療機関証明欄：太枠内の内容について医療機関の証明を受けてください。】

妊婦健診 受診者氏名		生年月日	年	月	日
受診回数	妊婦健診受診日	妊婦健診費用 (保険適用分を除く。)	決定額		
第1回目	年 月 日	円	円		
第2回目	年 月 日	円	円		
第3回目	年 月 日	円	円		
第4回目	年 月 日	円	円		
第5回目	年 月 日	円	円		
第6回目	年 月 日	円	円		
第7回目	年 月 日	円	円		
第8回目	年 月 日	円	円		
第9回目	年 月 日	円	円		
第10回目	年 月 日	円	円		
第11回目	年 月 日	円	円		
第12回目	年 月 日	円	円		
第13回目	年 月 日	円	円		
第14回目	年 月 日	円	円		
上記、妊婦健康診査を実施したことを証明します。 所在地 医療機関の名称 代表者名			合計 _____ 円		

印

上記のとおり請求いたします。

年 月 日

宇陀市長 様

口座 振込 先	一般金融機関	金融機関名 支店名	銀行・信金・信組・農協・労金 本店・支店・本所・支所・出張所				
		預金種目	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他 ()				
		口座番号 (右づめでご記入ください。)					
		ふりがな					
		口座名義人					